TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Edouard MOURGUE-MOLINES



MONTPELLIER
A. DUBOIS et R. POULAIN
ÉDITEURS
5, Grand'Rue, 5
1929

TITRES ET FONCTIONS

I. — TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en médecine (juillet 1924).
Chef de clinique chirurgicale (1924-1927).
(Service de M. le Professeur FORGUE).
Apte aux fonctions d'agrégé des Facultés de médecine (chirurgie).
1re épreuve : janvier 1926.
2e épreuve : avril-mai 1926.
Diplômé d'Etudes Pénales (1928).

II. — TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux de Montpellier (concours 1920).
Interne des Hôpitaux de Montpellier (concours 1921).

III. — DISTINCTIONS UNIVERSITAIRES

Lauréat de la Faculté de Médecine de Montpellier.
Prix FONTAINE (prix de Thèse). Mention spéciale 1924.
Prix BOUISSON (prix de scolarité), 1924.

IV. — ENSEIGNEMENT

1. — Conférences cliniques et examens de malades, durant mon internat et mon clinicat, dans le service de M. le Professeur Forgue (1923-1927).

2. — Conférences préparatoires à l'Externat et à l'Internat des Hôpitaux.

   Externat (Anatomie et Petite chirurgie), 1922-1923.
   Internat (Pathologie chirurgicale), 1926-1927, 1927-1928, 1928-1929.

V. — TITRES MILITAIRES

Mobilisé d'août 1915 à septembre 1919.

Au front le 20 septembre 1915 comme brancardier, puis médecin auxiliaire dans un groupe de brancardiers (et remplacements dans divers régiments jusqu'en mars 1917).

Médecin sous-aide-major dans un groupe d'artillerie jusqu'en septembre 1917.

Médecin d'un bataillon d'infanterie de septembre 1917 à la démobilisation.

Décoré de la croix de guerre (*3 citations*).
Titulaire de la Fourragère verte (248e R. I.).

ANALYSE DES PUBLICATIONS

I. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Tétanos grave guéri par le sérum purifié (avec M. le Pr Forgue et M. Gondard). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (8 avril 1927).

Relation d'un cas de tétanos très sévère dont la guérison a pu être obtenue avec le sérum purifié. Par suite d'une rechute, le traitement a dû être prolongé un mois. Il a consisté, après débridement de la plaie d'inoculation (écharde sous-unguéale), dans l'association de bains chauds, de chloral et de la sérothérapie, à la fois par voie veineuse et par voie sous-cutanée (après une première injection intra-rachidienne). Par suite d'un approvisionnement insuffisant au début, il a fallu utiliser d'abord un peu de sérum ordinaire, puis associer du sérum à 1.500 unités avec du sérum à 5.000. Dans ces conditions, la malade a reçu *plus de deux litres* de sérum représentant 779.500 *unités antitoxiques*.

A signaler, au douzième jour du traitement, une petite réaction sérique (action du sérum ordinaire injecté les deux premiers jours? ou des injections intra-veineuses ?).

Traitement actuel du tétanos. *Fiches de pratique médicale* (sous presse).

Les brûlures et leur traitement (*En voie de publication*).

Essai d'étude d'ensemble du traitement des brûlures, en application des nombreux travaux contemporains sur la biologie des brûlés.

Ostéites syphilitiques chez une tuberculeuse (avec M. Vinon). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (10 mars 1922).

Une femme de 58 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire avérée, présente des ulcérations multiples disséminées, et plus particulièrement, au niveau du tibia droit et de la clavicule droite, où le stylet pénètre jusque dans la cavité médullaire. Le traitement spécifique guérit en deux mois toutes les gommes superficielles.

La malade ayant succombé à la grippe, le tibia et la clavicule sont prélevés : ostéomyélite gommeuse typique (présentation des pièces).

A noter, la réactivation de la réaction de Wassermann au cours du traitement syphilitique.

Anévrysmes artério-veineux. *Revue médicale de la section corporative des Etudiants en médecine de Montpellier* (janvier 1929, pp. 19-35).

Revue générale, dans laquelle je me suis efforcé de mettre en lumière, à côté des données classiques et des enseignements de la guerre, les notions qui ressortent de la récente discussion à la Société nationale de chirurgie.

Cinquième récidive locale d'une tumeur mélanique opérée pour la première fois il y a 26 ans. *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (5 juin 1925).

L'extrême malignité des tumeurs mélaniques est bien connue. Une longue survie est exceptionnelle ; d'où le rare intérêt du cas suivant :

Tumeur mélanique de la joue chez une femme, opérée pour la première fois (ablation large), en 1898, par le Pr Forgue. Récidives *locales*, sans altération de l'état général, et opérées largement chaque fois, en 1906, en 1910, en 1918, en 1920, enfin en 1925.

Sur toutes les préparations histologiques, les diverses récidives, se présentent comme étant identiques (nævo-carcinome typique).

Les premières étapes de cette étrange évolution avaient été

présentées déjà par M. Chauvin à la *Société anatomique* (15 janvier 1921).

A la fin de 1928, 3 ans 1/2 après la communication ci-dessus, et 30 ans après l'ablation de la tumeur primitive, une nouvelle récidive s'est faite, creusant un profond cratère dans la joue et le cou, menaçant les vaisseaux (fréquentes hémorragies) et faisant craindre que la malheureuse malade, dont l'état général s'est beaucoup altéré, n'échappe plus longtemps à son destin.

Tumeur mélanique à généralisation extrêmement rapide (avec M. le Pr Forgue). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (28 janvier 1927).

Femme de 31 ans. Nævus pigmentaire de la jambe droite, qui soudain s'ulcère et qu'un médecin enlève à l'anesthésie locale. Trois semaines après : repullulation sur place et énorme adénopathie inguinale et iliaque. Radiothérapie pénétrante. Trois semaines plus tard, la malade est emportée en pleine généralisation.

Observation particulièrement saisissante, par contraste avec le cas précédemment rapporté. Or, histologiquement, similitude complète des deux tumeurs.

Métastase inguinale d'un cancer mélanique du gros orteil. Désarticulation de la hanche, précédée de ligature de l'iliaque primitive (avec M. le Pr Forgue et Mlle Turot). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (29 juillet 1927).

Femme de 32 ans. Nævus pigmentaire du gros orteil, qui grossit et s'ulcère en 1924. Ablation en 1925. Récidive locale. Désarticulation de Lisfranc en 1926. Entrée au service avec une nouvelle récidive locale et une adénopathie inguinale (juin 1927). Etant donnée *la lenteur relative de l'évolution*, on tente la désarticulation de la hanche.

Observation présentée pour souligner les avantages de la *ligature de l'iliaque primitive* (faite ici par voie transpéritonéale), comme premier temps de la désarticulation de la hanche.

II. — TÊTE, COU, THORAX

Tuberculose primitive de la langue (avec M. le Pr Forgue et G. Villa). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (1er mai 1925).

Cas d'ulcération tuberculeuse de la langue avec adénopathie sous-maxillaire, chez un homme de 63 ans, paraissant indemne de toute tuberculose. Il s'agirait donc d'une *tuberculose primitive*, cas rare, puisqu'une trentaine d'observations seulement auraient été publiées, d'après Monrow et Miller (Journ. of. amer. med. Assoc., 3 novembre 1924).

A propos d'un cas de calcul du canal de Wharton (avec le MM. le Pr Forgue et G. Roux) *Soc. des Sc. médic. et biol. Montpellier* (30 novembre 1923).

Calcul salivaire de la grosseur d'un noyau d'olive, ayant donné une *remarquable image radiographique*.

Histoire clinique de colique salivaire aiguë (distension de la glande sous-maxillaire), puis de *whartonite* calculeuse, sans sous-maxillite.

Parotidite post-opératoire (avec M. le Pr Forgue et M. Lapeyrie). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (12 mars 1926).

Métastases cutanées multiples, quatre ans après une intervention large pour tumeur mixte de la parotide (avec M. le Pr Forgue et M. Villa). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (21 novembre 1924).

Les tumeurs géantes non sarcomateuses du sein. *Thèse de doctorat*, 9 juillet 1924 (un vol. de 117 p. et 4 pl.). Travail du service de M. le Pr Forgue et du laboratoire d'Anatomie pathologique de M. le Pr Grynfeltt.

D'après les classiques, une très grosse tumeur mammaire, irrégulière de forme et de consistance, à développement rapide, avec

distension et aspect pseudo-inflammatoire de la peau, mais sans retentissement ganglionnaire, devrait toujours faire penser à un *sarcome*. Cette règle ne saurait être absolue, car il existe des *tumeurs bénignes pseudosarcomateuses* du sein, ainsi que j'ai essayé de le montrer dans cette étude.

Une malade de 28 ans, observée dans le service de mon maître M. le Professeur Forgue, subit l'amputation du sein droit, pour une énorme tumeur (la pièce pesait 6 kilos 220 !) qui s'était développée en deux mois. Tout faisait penser à un sarcome, mais l'examen



Fig. 1. — Tumeurs bénignes géantes du sein.

histologique le plus minutieux, sous la direction de M. le Professeur Grynfeltt, montra qu'en aucun point il n'y avait de dégénérescence maligne, et qu'il s'agissait uniquement d'un *fibro-adénome végétant*.

Cette notion de l'aspect malin et de l'énorme développement que peuvent prendre certaines tumeurs bénignes du sein n'est pas absolument nouvelle : Cornil l'avait signalée ; mais il n'existait aucun travail d'ensemble sur ce sujet. D'autre part, je me suis demandé si plus d'une de ces tumeurs n'avait pas été confondue avec un sarcome, *après un examen histologique superficiel*. Revoyant les préparations de toutes les grosses tumeurs du sein opérées par mon maître M. Forgue et étiquetées sarcomes, j'ai pu retrouver un cas dans lequel un stroma fibreux particulièrement dense donnait

un aspect pseudo-sarcomateux à une tumeur qui, en définitive, *n'était qu'un fibro-adénome*. Et voici la preuve clinique de la bénignité : opérée en 1911 d'une tumeur ulcérée, pesant 7 kilos 500, la malade est encore en vie et bien portante. Cette observation laisse à penser qu'il y aurait peut-être à réviser le diagnostic de certains sarcomes du sein suivis d'une longue survie...

Il est, du reste, une cause d'erreur : c'est la confusion extrême qui règne dans la nomenclature des tumeurs adéno-conjonctives de la mamelle, selon les pays, et selon les auteurs. En particulier, le mot de sarcome, qui implique en France l'idée de tumeur conjonctive de haute malignité, est extrêmement répandu pour désigner les tumeurs décrites, en 1838, par JOHANN MÜLLER sous le terme de *cystosarcoma phyllodes proliferum*, et précisément ces tumeurs sont des *fibro-adénomes végétants intracanaliculaires*.

D'après les 29 observations que j'ai pu réunir, les tumeurs géantes non sarcomateuses du sein atteignent surtout des femmes ayant dépassé la quarantaine et présentent une allure clinique identique à celle que les classiques attribuent aux sarcomes. Outre l'accroissement rapide, jusqu'à un volume énorme, la peau est tendue, rouge et luisante, le réseau veineux sous-cutané est dilaté, fréquemment une ulcération se produit par éclatement. La consistance est irrégulière, dure ou fluctuante. Le diagnostic exact et par conséquent le pronostic ne peuvent être affirmés que par l'examen histologique.

Celui-ci se heurte à de grandes difficultés, en raison des très nombreux prélèvements qu'il est nécessaire de faire dans ces grosses masses tumorales, de la bonne fixation et des préparations multiples, traitées par des colorations électives, qui s'imposent en vue d'obtenir d'exactes différenciations. Dans ces conditions, on devra : 1° constater qu'il s'agit d'un fibro-adénome ; 2° qu'en aucun point il n'y a de dégénérescence maligne.

1° Le *fibro-adénome végétant intracanaliculaire* (type cystosarcoma phyllodes de MÜLLER) se présente avec des bourgeons conjonctifs en larges végétations foliacées, pénétrant dans des cavités en y refoulant l'épithélium, de façon à déformer ces cavités en fentes irrégulières très compliquées (fig. 2 et 3).

2° Y a-t-il dégénérescence maligne ?

Dans les cas où la prolifération conjonctive est très prononcée, il y a un aspect « *sarcomatoïde* », mais on pourra constater que :



Fig. 2. — Végétation intracanaliculaire (cystosarcoma phyllodes de Müller).

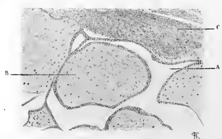


Fig. 3. — Végétation intracanaliculaire au fort grossissement (altération myxomateuse du stroma).

a) Il n'y a pas de formes monstrueuses de noyaux.

b) Il existe une trame collagène riche en fibrilles serrées.

c) Il n'y a pas d'éléments angio-formateurs, pas de vaisseaux anormaux.

d) On peut trouver des cellules adipeuses, vestiges du tissu interstitiel normal de la glande.

Toutes ces constatations permettront d'éliminer le diagnostic de sarcome qui « ne doit se faire que par exclusion » (Durante).

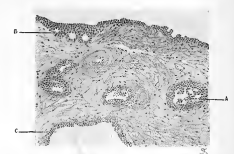


Fig. 4. — Aspect papillaire de certains conduits glandulaires.

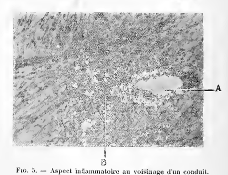


Fig. 5. — Aspect inflammatoire au voisinage d'un conduit.

Le diagnostic de dégénérescence épithéliale peut avoir à se discuter. J'ai figuré sur la planche IV un aspect papillaire avec proliférations épithéliales, et M. le Professeur Grynfeltt vient

de montrer (Soc. Sc. méd. et biol. Montpellier, 8 juin 1928) combien, dans les adéno-fibromes végétants de ce type, il peut y avoir des formes de transition vers l'épithelioma (cancer approché, cancer ébauché).

Le traitement de ces tumeurs énormes ne saurait être que l'amputation large du sein. Ce n'est donc pas du point de vue thérapeutique qu'il est bon de connaître ces tumeurs géantes bénignes, mais du point de vue du pronostic et de la statistique générale des tumeurs, il convenait de les distraire du groupe des sarcomes de la mamelle.

A propos du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (avec M. le Pr Forgue). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (8 juillet 1927).

A propos de cas récemment opérés, réflexions sur les indications et la technique de la phrénicectomie et la thoracoplastie.

III. — CHIRURGIE ABDOMINALE

Ulcère peptique après gastro-entérostomie (avec M. le Pr Forgue et Mlle Turot) (avril 1927).

Ulcère peptique gastro-jéjunal avec oblitération partielle de la bouche de gastro-entérostomie et sténose jéjunale presque complète. Il en était résulté une énorme dilatation duodénale. L'évolution avait été anormalement longue (14 ans).

Volumineuse hernie inguinale gauche étranglée contenant le cæcum, l'appendice et un segment d'iléon chez un nourrisson rachitique (avec André Guibal). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (27 juin 1924).

Sur un point de technique des interventions pour très volumineuses hernies (avec M. le Pr Forgue et M. Villa). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (5 décembre 1924).

Exposé de la technique de notre maître M. le Pr Forgue, pour la dissection du sac des très grosses hernies.

Dans ces cas à sac à la fois aminci et adhérent, et formant de nombreux replis, la dissection est toujours malaisée. Elle est au contraire très facilitée, si le sac est rempli par des compresses fortement tassées, de façon à le transformer en une masse arrondie, bien tendue. L'opérateur peut alors aisément, avec le doigt chargé d'une compresse, éliver la séreuse et les couches fibreuses qui lui adhèrent.

L'extériorisation systématique de l'anse (Procédé du Professeur Forgue) pour le traitement de la gangréne herniaire, la cure des fistules stercorales et des anus contre nature (avec MM. Villa et Vidal). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (20 mars 1925).

Exposé de la méthode générale de notre maître M. Forgue (dérivé de sa technique de l'omphalectomie), pour traiter, *hors du ventre*, l'intestin sur lequel on veut intervenir, pour la cure des anus contre nature.

Le principe consiste dans l'*extériorisation progressive*, sous la traction de pinces à abaissement, d'une collerette cutanéo-musculaire découpée en tissu sain autour de la masse à traiter. La traction convenablement exercée facilite beaucoup la section méthodique des différents plans pariétaux, et quand enfin le péritoine est ouvert au ras de l'intestin, celui-ci se trouve hors du ventre, prêt pour être traité de façon opportune.

Hémorragie intestinale grave, consécutive à une hernie étranglée (avec M. Fayot). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (20 février 1925).

Les entérorragies herniaires précoces. *Montpellier Médical* (1er et 15 mai 1925).

Un homme de 67 ans voit s'étrangler une hernie inguinale droite qu'il avait depuis 4 ans. Essais infructueux, mais répétés et violents, de réduction par le malade lui-même. Kélotomie à la dixième

heure, sous rachianesthésie (8 centigrammes de scurocaïne). Au moment du pansement, hémorragie impressionnante par l'anus, aboutissant à une anémie aiguë, avec syncope, dont l'opéré sort non sans peine, sous l'action du sérum et des toni-cardiaques. Guérison sans incidents.

Ce cas nous a conduit à étudier les *entérorragies herniaires précoces*, signalées pour la première fois par SCHNITZLER (1894). Depuis le mémoire classique de SAUVÉ (1905), je n'ai pu en réunir que sept observations

Le cas résumé ci-dessus est tout à fait typique :

Hernie *inguinale ancienne*, mais dont *l'étranglement est récent*. Abondance de *liquide sanglant dans le sac*. *Anse longue*, *intégrité de l'intestin* ne présentant aucun point suspect.

A noter, un fait exceptionnellement signalé : l'état ecchymotique du mésentère paraissant meurtri par un traumatisme direct (sans doute, les tentatives de taxis forcé faites par la malade).

Du point de vue étiologique, j'ai insisté sur *le rôle du taxis* qui influe sur la précocité, l'abondance et la nature de l'hémorragie.

Sans doute, en ce qui concerne la pathogénie, la *théorie traumatique* est passible de fortes objections, mais ni la *théorie de l'éclatement capillaire de* SCHNITZLER, ni celle de *la thrombose veineuse de* KUKULA ne paraissent s'appliquer à tous les cas. Il est probable que, souvent, le mécanisme est mixte.

Au cours d'une hernie étranglée, il n'est guère possible de prévoir s'il y aura une entérorragie. Pourraient cependant y faire songer : les douleurs anormalement vives accusées par le sujet, la constatation dans le sac d'un liquide sanglant très abondant.

En général, l'entérorragie *précoce* est une complication bénigne. Elle peut pourtant être grave (hémorragie angoissante chez notre malade, et deux cas mortels).

Occlusion post-kélotomique tardive (avec M. le Pr FORGUE et M. ROUX). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (9 mai 1924).

Femme de 52 ans, opérée de hernie crurale droite étranglée. Revient *deux ans après*, en occlusion. Intervention. Libération de deux anses grêles agglutinées entre elles et fixées par des adhérences entre l'arcade crurale et la crête pectinéale. Guérison.

En somme, *rétrécissement extrinsèque tardif* de l'intestin après hernie étranglée.

Obstruction intestinale par coudure de l'anse persistant après hernie étranglée (Rapport de M. P. Mathieu). *Société nationale de chirurgie* (6 mars 1929).

Une femme de 79 ans est opérée de hernie crurale étranglée. L'anse herniée est réintégrée dans le ventre en dépit d'une coudure aiguë, l'intestin s'étant comme cassé sur une arête vive. Quelques jours plus tard, début d'occlusion. Laparotomie précoce. On trouve dans le ventre l'anse coudée, pliée à angle aigu, comme elle l'était dans la hernie (mécanisme d'occlusion après hernie étranglée, signalé par Nicaise). Anastomose latéro-latérale entre les deux pieds de l'anse. Guérison.

A propos des appendicites graves à symptomatologie fruste (avec M. le Pr Forgue et G. Vidal). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (30 janvier 1925).

A propos d'une nouvelle observation d'appendicite grave à symptômes frustes (avec M. le Pr Forgue et J. Vidal). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (27 avril 1925).

Cinq cas d'appendicites que « la loi des séries » nous a fait observer en très peu de temps et dans lesquels, contrastant avec une symptomatologie insignifiante, on a trouvé à l'opération des lésions importantes : pyoappendice, bloc d'adhérences serrées, amputation spontanée de l'organe.

Appendice géant (avec M. le Pr Forgue et M. Lapeyrie). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (19 novembre 1926).

Hydroappendice du volume d'une très grosse banane, trouvé fortuitement chez une femme de 60 ans, au cours d'une laparotomie pour fibrome utérin. Cet appendice géant ne s'était signalé par aucun trouble.

Un cas d'invagination aiguë cæco-colique chez un jeune homme de 17 ans (avec G. Fayot). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (11 janvier 1929).

Un jeune homme de 17 ans présente un tableau clinique d'invagination typique : crise douloureuse, signes d'occlusion, sang par l'anus, boudin d'invagination.

A l'opération, variété rare, cæco-colique : le fond du cæcum seul s'est invaginé, l'appendice et la valvule iléo-cæcale sont restés en position normale. Désinvagination, cæcoplicature et cæcopexie.

Vaisseaux omphalo-mésentériques libres jusqu'à la racine du mésentère chez un adulte (avec M. Lapeyrie). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (21 mai 1926).

Femme de 33 ans, ayant eu deux crises de subocclusion. L'intervention fait découvrir une bride pleine, arrondie, de la grosseur d'un appendice normal, s'insérant à la face postérieure du muscle droit du côté droit, à quatre travers de doigt de l'ombilic, croisant la portion terminale de l'iléon, longeant la face gauche du mésentère et se terminant à la racine de ce dernier. Ablation.

Histologiquement : une artère, plusieurs veines et deux filets nerveux, noyés dans du tissu graisseux entouré d'une enveloppe péritonéale.

Il s'agit, sans doute, de *vaisseaux omphalo-mésentériques*, anormalement conservés, sans diverticule de Meckel.

Essai de cholécystographie par la tétrabromophénolphtaléine (avec M. le Pr Forgue et M. P. Lamarque). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (29 mai 1925).

Etude de la *méthode de* Graham, d'après les travaux américains, et à propos des premières cholécystographies tentées à Montpellier.

Kyste hydatique du foie ouvert dans les voies biliaires. Obstruction du cholédoque par vésicule hydatique. Mort par rupture intrapéritonéale du kyste (avec MM. Lapeyrie et Marchand). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (29 février 1926).

Chez un homme de 30 ans, kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires, qui s'est manifesté par deux crises de coliques hépatiques

espacées d'un an. La seconde est suivie d'un ictère par rétention, avec fièvre, au cours duquel le kyste se rompt dans le péritoine : mort rapide en dépit d'une intervention in extremis.

Il s'agit d'un kyste hydatique de la face inférieure *du lobe gauche* du foie ouvert dans *la branche gauche* du canal hépatique : disposition assez peu fréquente d'après Dévé (29 p. 100). Le cholédoque est obstrué par un bouchon de vésicules hydatiques. Le kyste s'est perforé au-dessous du ligament suspenseur, au ras du hile. L'intérêt principal de la pièce réside dans *la dilatation des canaux biliaires du lobe gauche, avec envahissement échinococcique rétrograde,* éventualité rare (8 cas seulement signalés par Dévé).

IV. — GYNÉCOLOGIE

L'hétérorécidive des kystes de l'ovaire (avec André Guibal). *La Gynécologie* (mars 1924, T. XXIII, pp. 153-182).

A propos de deux cas personnellement observés au cours de notre internat à la clinique gynécologique (Pr de Rouville), nous avons étudié les kystes qui, — après l'ablation d'un kyste de l'ovaire unilatéral, — se développent dans l'ovaire du côté opposé. Nous avons proposé le terme d'*hétérorécidive,* qui indique qu'il s'agit d'une nouvelle tumeur développée, non pas *in situ,* mais sur l'autre ovaire, *considéré comme sain à la première intervention.*

En totalisant les chiffres de diverses statistiques, la fréquence moyenne de ces récidives nous a paru être de 4,37 pour cent des cas.

Nous avons réuni 80 observations. 37 fois il s'agissait de kystes d'*allure bénigne* (kystes mucoïdes), 22 fois de kystes d'*allure maligne* (kystes papillaires, végétants), 7 fois de tumeurs malignes confirmées. Dans la majorité des cas, l'hétérorécidive reproduisait l'aspect du premier kyste. Mais, dans 10 pour cent des cas, il y avait eu aggravation dans la nature de la tumeur, du premier kyste au deuxième.

Du point de vue de la pathogénie, deux hypothèses surtout :

1° Il s'agit d'une *lésion bilatérale,* mais qui, d'un côté, était encore à un stade macroscopiquement latent, au moment de la première opération ;

2° Le deuxième kyste est une *métastase* du premier. Souvent, il peut s'agir d'une *greffe* néoplasique se faisant électivement sur l'ovaire sain, organe non recouvert de séreuse.

L'aspect clinique de la récidive n'a rien de particulier. Pour les kystes d'allure maligne, elle se produit tôt (après 22 mois en moyenne) ; pour les kystes d'allure bénigne, elle est tardive (environ 6 ans).

En présence d'une nouvelle augmentation du volume du ventre, chez une femme antérieurement opérée de tumeur ovarienne, on s'attachera à reconnaître s'il s'agit de noyaux secondaires de métastase inopérable (ascite avec masses qui ballottent), ou d'une hétéroréeidive, car alors l'intervention est formellement indiquée et d'un pronostic favorable.

La fréquence, somme toute assez importante, de l'hétérorécidive des kystes de l'ovaire commande, après toute ovariotomie unilatérale, l'examen minutieux de l'ovaire opposé et sa suppression s'il paraît kystique et si la malade a dépassé 40 ans. Chez les femmes jeunes, pour lesquelles la castration totale ne peut être envisagée, il y aura lieu de faire des réserves pour l'avenir.

Pyomètre et cancer du col (avec MM. Lapeyre et Vinon). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (26 mai 1922).

Présentation de pièces : utérus atteint de cancer du col, dont les végétations oblitèrent complètement la cavité cervicale. Corps utérin distendu, contenant *un litre de pus* verdâtre, fétide. Pyomètre remarquable par son importance.

Kyste de l'ovaire à pédicule tordu avec hémorragie interne (avec M. Pr Forgue et Mlle Turot). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (1er juillet 1927).

Femme de 57 ans, brusquement prise de douleurs très vives, s'accompagnant d'une rapide augmentation du volume du ventre et d'un état de choc très marqué. A l'intervention : gros kyste de l'ovaire à pédicule tordu avec hémorragie intrakystique et intrapéritonéale très abondante (un litre de sang dans le péritoine).

Fibrome du col de l'utérus et rétention d'urine (avec G. Fayot). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (16 novembre 1928).

Volumineux fibrome exclusivement développé aux dépens de la lèvre postérieure du col, constituant une grosse masse sphérique doublement incluse, enclavée dans le pelvis et surmontée par le corps utérin normal. Cette tumeur, enlevée par hystérectomie totale, ne s'était manifestée par aucun symptôme, jusqu'au jour où elle provoqua une subite rétention d'urine.

V. — MEMBRES

Indications générales et résultats du traitement sanglant des fractures diaphysaires récentes fermées. *Montpellier Médical*, 1927.

Leçon d'agrégation faite à Paris, le 3 mai 1926.

Essai d'exposé critique impartial des deux thèses qui se sont affrontées pour ou contre l'ostéosynthèse, dans les discussions de ces dernières années.

Fracture spontanée et ostéosarcome (avec M. Vinon). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (10 février 1922).

Fracture spontanée du col fémoral due à un chondrosarcome. Avantages de la technique Furneaux-Jordan pour la désarticulation de la hanche.

Os trigone et fracture de Shepherd (avec M. Lapeyre). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (27 avril 1923).

A l'examen radiographique d'un cou-de-pied traumatisé, on constate : 1° une fracture de la pointe de la malléole externe ; 2° un fragment osseux séparé de la face postérieure de l'astragale. Fracture de Shepherd ou os trigone? La constatation d'une image radiographique analogue au niveau de l'autre pied, l'absence de douleur provoquée par le pincement en avant du tendon d'Achille, font éliminer la fracture.

A propos des fractures du col du fémur (avec M. Lapeyre). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (1er juin 1923).

Fracture en T de l'extrémité supérieure du tibia (avec M. le Pr Forgue et M. Roux). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (15 juin 1923).

Fracture de l'épitrochlée ; diastasis articulaire ; interposition du fragment épitrochléen dans l'articulation (avec M. le Pr Forgue et G. Villa). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (22 mai 1925).

Jeune homme de 17 ans, tombé de cheval. Fracture (ou, plus exactement, décollement) de l'épitrochlée. Coude tuméfié, craquements articulaires. La radiographie montre le fragment osseux interposé dans l'articulation. Ablation par arthrotomie. Guérison.

L'intérêt de ce cas réside surtout dans le fait qu'il n'y avait *pas de luxation du coude*, qui d'ordinaire est la condition favorisante de l'interposition dans l'articulation.

A propos de deux cas de fracture bimalléolaire ouverte, avec issue de l'extrémité inférieure du tibia à travers les téguments, traités par la réduction sanglante et l'immobilisation plâtrée. *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (20 juin 1924).

Au service de garde, j'ai été appelé à intervenir pour deux cas identiques : fracture de Dupuytren avec luxation complète du pied en dehors ; le tibia dénudé, visible sur 7 à 8 cm., avait fait issue par son extrémité articulaire à travers la peau de la face interne de la cheville. Dans les deux cas, sous rachianesthésie, désinfection à la teinture d'iode et lavage à l'éther, excision de la plaie, remise en place du tibia, coaptation des fragments et suture sans drainage.

Dans le premier cas (femme de 51 ans), j'ai immobilisé dans un appareil plâtré, le pied en flexion à angle droit et en adduction, durant 30 jours. Résultat : ankylose en bonne attitude.

Dans le second cas (femme de 34 ans), essai de mobilisation dès le dixième jour, malheureusement gênée par la plaie cutanée

insuffisamment cicatrisée, qui empêcha d'appliquer un appareil de marche de Delbet.

Résultat : articulation tibio-tarsienne mobile, mais léger diastasis tibio-péronier.

Le vissage de la malléole externe pour réaliser un « tibia bimalléolaire » paraîtrait parfaitement indiqué dans des cas semblables.

La coxa valga des adolescents. Ses rapports avec les coxites de croissance.

Mémoire d'agrégation (mars 1926).

Coxa valga et coxite de la puberté (avec M. Lapeyre). *Revue d'Orthopédie* (mai 1928).

Une jeune fille de 15 ans et demi, *obèse et non réglée*, souffre de la *hanche gauche*. Diagnostic : coxalgie possible. Traitement : repos complet, allongée. Trois mois après, *fracture spontanée du col du fémur* du côté opposé, *à droite*. Radiographie : hanche droite : décapitation de la tête fémorale ; hanche gauche : coxa valga (fig. 1).

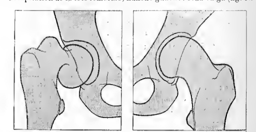


Fig. 1. — Hanche droite : décollement de la tête.
Hanche gauche : coxa valga.

Après extension continue en abduction, consolidation correcte de la hanche droite (fig. 2). Mais la marche reste pénible, la hanche *gauche* est particulièrement raide. Cet état persiste deux ans,

jusqu'à l'apparition des règles, à l'âge de 17 ans et demi. A cette époque, guérison clinique complète. Cependant un an plus tard la radiographie (fig. 3) montre encore des déformations importantes :

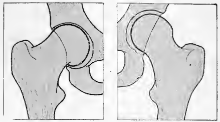


Fig. 2. — Hanche droite : bonne consolidation.
Hanche gauche : coxa valga (en rotation interne).

les deux têtes sont aplaties et paraissent couler vers le bas (coxa vara interne). A gauche, le col demeure en coxa valga, à droite



Fig. 3. — Aplatissement des têtes fémorales qui coulent vers le bas.
Tassement du col à droite. Vacuolisation de la tête.

(côté de la décapitation antérieure), le col s'est tassé. De ce même côté, la tête présente un état vacuolaire, donnant l'impression d'une zone de fonte osseuse avec densification périphérique.

Ce cas, que nous avons pu suivre avec mon maître M. Lapeyre, nous a paru représenter une sorte de synthèse des divers états pathologiques de la hanche juvénile. Il nous semble que toute l'histoire de notre jeune malade démontre que la coxa valga représente simplement la persistance anormale de l'état infantile, et que ces hanches désaxées ont été atteintes à l'adolescence d'un processus pathologique, manifesté à gauche par une poussée d'arthrite (fausse coxalgie), à droite par une fracture spontanée. Ce processus pathologique que, sans préjuger de sa nature, on peut appeler *épiphysite fémorale*, entraîne des troubles de la densité osseuse se traduisant par la vacuolisation de la tête et par son glissement en coxa vara.

Quant à l'étiologie de cette épiphysite, on ne peut pas ne pas être frappé du faitque tous les troubles ont apparu à l'âge où les règles auraient dû s'établir et quand l'obésité, traduisant des troubles endocriniens, est devenue flagrante. Il faut noter aussi que la guérison clinique a coïncidé avec l'instauration des règles.

Avec cette observation comme point de départ, j'ai consacré mon mémoire d'agrégation à « *la coxa valga des adolescents et ses rapports avec les coxites de croissance* ».

Après avoir étudié la coxa valga du point de vue anatomique, j'ai envisagé les règles de son diagnostic radiologique (erreur provenant de la rotation externe du membre, angle de direction d'Alsberg, canon de Lange), puis sa symptomatologie, qui se réduit aux signes physiques qui découlent du redressement et de l'allongement du col, et aux signes de réaction articulaire (douleurs et contracture musculaire).

J'ai tenté ensuite d'exposer les principales théories proposées pour expliquer le redressement du col (coxa valga par suppression de la charge, par surproduction osseuse, par traction musculaire). Du point de vue de l'étiologie, j'ai analysé et discuté la théorie congénitale, la théorie dystrophique, la théorie infectieuse. J'ai cru pouvoir conclure que la réaction articulaire douloureuse qui caractérise la « coxa valga des adolescents » n'était que la manifestation d'une lésion plus générale, d'une épiphysite fémorale supérieure. Dans son étiologie, le rôle d'une insuffisance glandulaire ne saurait être négligée.

Arthrite du genou secondaire à une ostéite eberthienne récidivée. Arthropathie syphilitique associée. *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (14 janvier 1927).

Un homme de 35 ans, à la fin d'une fièvre typhoïde, a présenté de multiples foyers d'ostéite à bacille d'Eberth, dont l'un, à l'extrémité inférieure du fémur droit, a nécessité trois interventions. 13 ans plus tard, ce dernier foyer est le siège d'une *récidive*, qui se manifeste par une *arthrite* suppurée aiguë, à bacille d'Eberth, **du genou** droit, rendant nécessaire l'arthrotomie d'urgence. En dépit d'un auto-vaccin, nouvel abcès eberthien 8 mois plus tard. Le genou qui a conservé sa mobilité antérieure devient lentement le siège d'un empâtement dur, indolent. Le diagnostic de *syphilome péri-synovial* est confirmé par la réaction de Wassermann fortement positive et par une ulcération suspecte qui rétrocède sous l'action du traitement spécifique.

L'intérêt de ce cas réside dans la *récidive* d'une ostéite eberthienne et sa propagation articulaire. L'association d'arthropathie syphilitique paraît être un de ces cas de syphilis réveillée par une infection aiguë, que Gougerot a signalés (*Paris Médical*, 5 mars 1927).

Les luxations métatarso-phalangiennes des orteils (le gros orteil isolé excepté) (avec J. Vidal). *Revue de Chirurgie*, pp. 26-52.

Etude de lésions qui sont rares et assez curieuses, dont nous avons pu réunir 29 observations, à l'occasion d'un cas de luxation des cinq orteils à la fois, opéré par notre maître M. le Pr Forgue.

Parmi ces 29 observations de luxations métatarso-phalangiennes, la luxation porte :

Sur un seul orteil (autre que le premier) 9 fois, sur deux orteils 9 fois, sur trois orteils 4 fois, sur quatre orteils 2 fois, sur les cinq orteils 5 fois.

Le déplacement se fait de façon presque constante, *en haut et en arrière* (26 cas). Tantôt, les phalanges sont verticales et reposent par leur base articulaire sur la face supérieure des métatarsiens ; tantôt la luxation est devenue « *complexe* », et la phalange ayant été ramenée dans la rectitude, le fibro-cartilage glénoïdien, jouant le rôle des sésamoïdes dans la luxation du pouce, est coincé entre la phalange et le métatarsien, rendant la luxation irréductible.

Il est étonnant qu'une fracture des métatarsiens, dont on sait la fragilité, n'accompagne que rarement (6 fois seulement) la luxation, qui est toujours due à un traumatisme violent.

Le mécanisme est celui de l'*hyperextension forcée*, soit dans une chute sur la pointe des pieds (10 cas), soit dans une chute de cheval, le pied étant pris sous la monture (6 cas). Lorsqu'un traumatisme direct atteint la face dorsale du pied, il faut penser que les orteils restent fixés par le sol contre lequel ils appuient et que la pression de haut en bas agit sur les têtes des métatarsiens qui sont refoulées vers la plante. La *gampsodactylie* (Chevrier) jouerait un rôle favorisant.

Cliniquement, la luxation dorsale d'un orteil est caractérisée par une hyperextension telle que l'orteil est redressé verticalement sur son métatarsien. Le tendon extenseur forme une corde rigide sous la peau. A la suite de manœuvres intempestives, l'orteil peut avoir été abaissé dans l'horizontale. Il est alors diminué de longueur, et l'on peut sentir la base de la phalange au-dessus du métatarsien. Néanmoins, la luxation passe souvent inaperçue, et le diagnostic peut n'être fait que tardivement à la radiographie.

Il est curieux de noter que la *réduction est rarement possible* (9 fois sur 29). Nous croyons que l'*action prédominante des tendons extenseurs* est surtout à incriminer. Leur ténotomie serait utilement le premier temps d'une reposition sanglante.

En cas d'irréductibilité, on a presque toujours réséqué, pour réduire, la tête du métatarsien. Notre maître M. le Pr Forgue préfère réséquer la base de la phalange, aisément accessible par une petite incision dorsale.

Un essai de l'épreuve de Sicard (injection lipiodolée intra-artérielle) pour la détermination du point d'amputation dans les gangrènes artérielles des membres (avec M. le Pr Forgue et M. Fontayne). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier*)

Injection intra-artérielle de lipiodol dans un cas de gangrène du pied (avec M. le Pr Forgue et M. Vidal). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (13 mars 1925).

Les deux premiers essais montpelliérains d'injection de lipiodol dans une artère, pour diagnostiquer son point d'oblitération.

Dans les gangrènes séniles où l'oblitération n'est pas totale et où le spasme joue un rôle, alors qu'il n'y a plus d'oscillations à l'appareil de Pachon, que la réaction hyperémique de Moskowicz est négative, le lipiodol peut diffuser jusqu'à l'extrémité du pied, risquant de faire surestimer la perméabilité artérielle. L'épreuve de Sicard doit donc surtout être reservée aux obstructions emboliques.

VI. — DIVERS

Corps étranger du rectum et forceps (avec J. Coll de Carrera). *Soc. des Sc. médic. et biol. Montpellier* (18 juillet 1924).

Gros verre à boire enclavé dans le rectum, chez un vieillard de 76 ans. Par suite de la situation élevée du corps étranger, qui avait pénétré le fond en avant, l'extraction ne fut pas possible à la main, même après résection du coccyx, revenu au-dessous de lui. Elle fut assez simple grâce à l'emploi d'un forceps dont les cuillers, se rapprochant en arrière du verre, ont pu exercer sur son fond une action de haut en bas, sans écraser ses faces latérales.

Kyste hydatique paravertébral ; syndrome de compression médullaire ; radiographies après lipiodol (avec M. Lapeyrie). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (16 juillet 1926).

Echinococcose vertébrale (avec M. Lapeyrie). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (14 décembre 1928).

Ces deux communications relatent l'entière observation d'un cas d'*échinococcose vertébrale* faussement interprété au début.

Chez un homme de 34 ans, on avait trouvé dans la masse sacrolombaire gauche une cavité bourrée de vésicules hydatiques fusant jusque dans l'angle costo-vertébral. On l'avait considérée comme un *kyste paravertébral*. Il s'agissait, en réalité, d'*échinococcose vertébrale primitive*, dont la première manifestation clinique avait été un « abcès ossifluent hydatique » (Dévé).

Dans notre première communication, nous avions relaté les acci-

dents passagers de paraplégie, observés chez notre malade (compression médullaire localisée au niveau de D XII, après injection intrarachidienne de lipiodol). Nous avions cru pouvoir expliquer cette paraplégie par la migration, dans le canal rachidien, de vésicules venues du kyste voisin (théorie classique), et sa rétrocession par la flétrissure probable de ces vésicules, *peut-être sous l'action du lipiodol*. Après expérimentation, M. le Pr Dévé a montré (*Soc. de Biologie*, 30 octobre 1926) que notre hypothèse n'était pas vérifiée par les faits et que le lipiodol est sans action sur les vésicules hydatiques. Mais il a bien voulu s'intéresser à notre cas, pour lequel, par la seule analyse clinique, il a porté le diagnostic d'échinococcose vertébrale avec son pronostic fatal. Les faits lui ont donné raison : au bout de deux ans le malade a succombé, paraplégique, avec une lésion vertébrale confirmée. C'est ce qu'expose notre seconde communication rectifiant la première.

Drainage exagéré (avec M. Lamarque). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (8 février 1929).

Une malade, opérée pour pleurésie purulente dans une autre ville, garde depuis plus de deux mois une fistule pleurale, quand un jour, se rouvre sans raison un abcès qui avait été incisé et drainé peu de jours après l'empyème.

La radiographie montre la raison de ces suppurations persistantes : un drain de 11 cm. dans la plèvre, un drain de 13 cm. dans la cuisse !

Grand cœur d'aortique. Gros cœur de brightique porteur d'un rétrécissement rhumatismal ancien (présentation de pièces), avec M. le Pr Vedel et M. Giraud. *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (14 janvier 1921).

Anémie aiguë chez un enfant de 6 ans au cours d'un purpura infectieux à grandes hémorragies. Transfusion. Guérison (avec M le Pr Leenhardt, Mlle Sentis et M. Janbon). *Soc. des Sc. méd. et biol. Montpellier* (22 février 1924).

Hémorragies multiples ayant provoqué un état d'anémie aiguë au cours d'un purpura infectieux chez un enfant de 6 ans. Transfusion sanguine massive, pratiquée *dans l'artère humérale*, par suite de l'impossibilité absolue d'injecter dans une veine. Résultat remarquablement favorable.